

< 原著論文 >

ひとり暮らし高齢者の人生・生活を支える 「心理学的弾性概念」の検討

Exploring of the Concept of “Psychological Elasticity” in the Elderly Living Alone

山本 武志（札幌医科大学）
Takeshi Yamamoto (Sapporo Medical University)

Abstract

People aged 65 or older comprised 24.1% of Japan's population in 2012, implying that currently one in four people are elderly. Approximately half of these aging households comprise elderly people living alone, and the number of these single-person households is expected to increase. Some studies have dispelled the myth that almost all elderly people living alone experience loneliness. Therefore, we should acknowledge and support their continuing to live alone, rather than insisting on institutionalizing them or sending them to live with their children. To understand and support self-dependent elders we may be required to learn about their life histories and life circumstances. In addition, we should understand that the elderly are mature and capable of handling any situation owing to their experiencing multitudinous stressful life events during the course of their lives, such as bereavement, retirement, or severe sickness. I have developed a hypothesis that the lives of the elderly living alone were supported by their psychological elasticity, which includes their resilience, sense of coherence (SOC), and recovery concept. This paper discusses the importance of the studies that clarify the process of nurturing and internalization of psychological elasticity in the elderly.

Key Words: Elderly living alone, Psychological elasticity, Life history, Sense of coherence, Recovery

1. はじめに

高齢社会白書（内閣府、2013）によると、わが国の高齢化率は2012年10月1日現在で24.1%であり、ほぼ4人に1人が65歳以上の高齢者となっている。さらに2035年には、高齢化率は33.4%まで上昇し、3人に1人が高齢者である社会が到来すると予測されている。進展する高齢社会では、医療・福祉サービスの需要増大やそれに伴う社会保障費の膨張など、高齢者や高齢者を支える若・壮年層の生活を守るために、国家レベルでさまざまな問題に取り組まなくてはならない。

高齢者の生活や健康問題に目を向けると、家族形態の変化による高齢者世帯、独居高齢者の増加を指摘できる。2010年のデータ（厚生労働省大臣官房統計情報部社会統計課国民生活基礎調査室、2011）によると、65歳以上の高齢者がいる世帯は全世帯の42.6%を占め、その約半数は高齢者のみによって構成される、すなわち高齢者世帯となっている。また、高齢者世帯の約半数は単独世帯（ひとり暮らし）であり、高齢者人口全体から見ると女性では20.3%、男性では11.1%がひとり暮らしである。高齢者及び高齢者世帯、ひとり暮らし高齢者の増加は今後も続くことが予測されている。かれらの安寧な生活が保障されるために高齢者の生活をいかに支援するかは、昨今のわが国の政策における中心的な課題であり、国民ひとり一人がその社会構造の変化に対応しなくてはならないだろう。本稿ではひとり暮らし高齢者に注目し彼らの生活支援のありかたを検討する。はじめに、ひとり暮らし高齢者の人口増加の背景や、高齢者の社会的・精神的健康問題について総括する。そのうえで、「ひとり暮らしは孤独か」という問いへの回答を、実証研究の結果に基づいて考察する。最後に、ひとり暮らし高齢者の生活支援を考えるうえで、「心理学的弾性」概念の有効性について考察する。

2. 高齢者のひとり暮らし人口の増加：その背景について

65歳以上のひとり暮らし高齢者の増加は男女ともに顕著であり1980年に88.1万人であったのが、2010年には479.1万人にまで増加し、全高齢者における比率も9.5%から17.9%へと、30年間に実数で5倍、比率で2倍弱に増加している。さらに2035年には、762.2万人（20.4%）に増加すると推計されている（内閣府、2013）。

ひとり暮らし高齢者の生活を理解するうえで、ひとり暮らしの成り立ちを明示することが必要とされるだろう。その最も大きな要因は、わが国の世帯構造そのものが大きく変化していることが挙げられる。平均世帯人員数は、1953年に5.00（人）であったのが2012年には2.57（人）となっており、60年の間に一世帯の人員数は約半分になった（厚生労働省大臣官房統計情報部、2012）。1953年に約4割を占めた6人以上の世帯は、2010年には5%を切った。また、三世代同居世帯の割合は減り続けており、2010年時点で16.2%となっている一方で、夫婦のみ世帯の割合（29.9%）が増加している。

2点目の要因としては未婚率の増加が挙げられる。2010年の生涯未婚率（50歳時の未婚率）は男性20.1%、女性10.6%で、1955年の値（男性：1.2%、女性1.5%）に比較して大幅に増加している（国立社会保障・人口問題研究所、2013）。その他の要因としては、男女別平均寿命の格差拡大（配偶者と死別した後の生活期間の延長）や離婚率の上昇も一因として挙げられるが、主として、結婚しない人口の増加や晩婚化や少子化による世帯の一代化が、ひとり暮らし高齢者が増加する要因になっていると考えられる。

3. 高齢者の社会的・精神的健康について

高齢者の身体的な健康問題として、主要な死因であるがんや脳血管疾患、心疾患などの慢性疾患を指摘できる。本研究ではひとり暮らしという高齢者の社会的状況に着目しているため、身体的な健康問題を除くうつ病などの精神健康、閉じこもりや衰弱そして自殺などの健康問題について概観する。

わが国の高齢者の自殺率は、戦後から一貫して高い水準に推移している。全自殺者数における 60 歳以上の自殺者は約 4 割（39.7%）を占める。近年の高齢者人口あたりの自殺者数は戦後直後の水準に比較して大幅に低下しているが、それでもなお他の年齢層に比較して高い水準にある（内閣府自殺対策推進室、2013）。自殺の原因としては、身体の病気（の悩み）を原因とする健康問題が最も多いが、うつ病を原因とする精神的な問題を原因とする自殺も少なくない。

うつについては、要介護認定を受けていない自立高齢者の約 2 割がうつ傾向またはうつ状態と推計されている（藤原他、2006）。また、在宅で生活している要介護状態（要支援～要介護 3）にあるとされる後期高齢者においては、男性の 7 割、女性の 5 割強がうつ傾向またはうつ状態であることを示すデータもある（木村・神崎、2013）。高齢者のうつは、うつによる活動量の低下により、身体機能や社会的・心理的機能のさらなる低下を引き起こし、高齢者を要支援・要介護状態に導く（山縣他、2013）。また、高齢者のうつはその後の閉じこもりを引き起こすリスクを高める（梶他、2011）とされている。

閉じこもりは、一般的には「外出頻度が週 1 回未満（月に 0～3 回）」と定義されているが、高齢者において男性 9.6%、女性 6.8%が閉じこもりであるというデータがある（山崎他、2008）。さらに後期高齢者に限ると、その出現率は男性 12.4%、女性 16.2%と高くなる。他の研究（梶他、2011、宮原、2012）においても 10%前後の値が得られており、また、年齢が高くなると閉じこもりになるリスクは高くなる。

4. ひとり暮らし＝孤独（感）という神話

「ひとり暮らし」や「独居」という言葉は、精神的に満たされず、社会的経済的に恵まれない高齢者の生活実態を想像させる。社会的な孤立を深め、十分な食事もとれない状況でいわゆる孤独死を迎える高齢者が現実存在することは否定しないが、ひとり暮らし高齢者が増加する中で、確率的にそのような実態が増えているかどうかは検証されていない。

ペプローらは 1982 年の著書の中で、「高齢者＝独居＝孤独」の三段論法が正しいか検討している（ペプロー、1988）。高齢になるとひとり暮らしの者の割合は増大するが、彼らの多くは親族との交流があり、子どもと同居するよりもむしろ良い家族関係の維持につながると高齢者自身が考えているとされている。さらに、子どもや配偶者と同居する高齢者の孤立感の問題は、家庭内での孤立や夫婦間の関係性の問題であるとする論文が紹介されている。つまり同居という世帯形態は必ずしも孤独感を弱めるものにはならないということである。また、高齢者は親族以外の者との交流があり、友人や仲間から孤立しているわけではないと述べられている。さらには、社会的ネットワークの数は、主観的幸福感や生きがい感（モラール）、生活満足度と関係があるわけではないため、その社会的関係の意味づけや相互関係の過程を検討すべきと述べられている。以上により、ペプローは「ひとり暮らしは必ず孤独感をもたらす」とする仮定は支持できないと結論づけている。

わが国における昨今の調査においても、ペプローの説を支持できる結果が認められている。平成 25 年高齢社会白書によると、暮らし向きに心配ない（まったく心配ない・それほど心配ない）と回答する高齢者は全体の 7 割を超え、80 歳以上の者では 82%にものぼる。また、山崎ら（2008）の調査によると、閉じこもりと世帯構成との関係は認められなかった。つまり、家族とともに暮らすことが閉じこもりを防止することにはつながらない、逆に言えば、ひとり暮らしが必ずしも閉じこもりを誘発するわけではないことを示している。また、Fukunaga ら（2012）は、ひとり暮らしは見かけ上抑うつ（GDS）に影響しているが、実際にはソーシャル・サポートの有無が抑うつに関係していることを報告している。独居によりソーシャル・サポートが弱められることによって抑うつが高まるのである。ひとり暮らしそのものが問題なのではなく、ソーシャル・サポートが問題の核心であり、ひとり暮らしでも十分なソーシャル・サポートがあれば抑うつにはならないことを意味している。

5. 本稿のねらい：ひとり暮らし高齢者の支援を心理学的弾性概念の観点から考える

前項では、高齢者のひとり暮らしは必ずしも孤独（感）につながらないことを確認した。では、ひとり暮らし高齢者は支援を必要としない対象であろうか。著者は以下の 3 つの点から、その対象として支援が検討・考慮されるべきであると考え。第 1 に、ひとり暮らし高齢者の急激な単純増が挙げられる。単純増により、支援を必要とするひとり暮らし高齢者の数が（割合は低いとしても）増加する。第 2 に生活の脆弱性が挙げられる。ひとり暮らしという生活形態のために、身体的な不調や経済的な事情から急激に支援や介護が必要な存在に転化する可能性を孕んだ存在であるといえるからである。第 3 に、高齢者における社会経済格差が挙げられる。平成 25 年高齢社会白書（内閣府、2013）によると、高齢者の所得のジニ係数は他の年齢層よりも値が高く、とくに 75 歳以上の後期高齢者の値が高いとされている。すなわち、高齢者の経済的状況は年齢が上がるにつれその格差が大きくなるため、支援を必要とする高齢貧困層の人数が増加することを指摘できるからである。高齢者の社会経済格差の視点は次の第 4 点につながる。ひとり暮らし高齢者の生活を理解し支援するには、集団としての高齢者ではなく、ひとりひとりの高齢者の生活史、生活背景について知ることが重要だということである。ひとり暮らし高齢者を一括して「社会的孤立が危惧される弱者」とみなすことはできないし、逆に、生命が脅かされるほど脆弱な存在である可能性も念頭に置いておく必要があるだろう。

著者らが行っているひとり暮らし高齢者の聞き取り調査（「都市部及び農村地域における高齢者の孤立化に関する実証的・文献学的研究：主任研究者 船木祝」からは、ひとり暮らしを支える高齢者の生活史の存在を垣間見ることができる。高齢者は、その長い人生・生活の中で、最もストレス強度が高いとされる配偶者との死や離別、そのほかには近親者の死、疾病や退職など（Holmes & Rahe, 1967）、さまざまなストレスフル・ライフイベントの経験を積んでいる。ひとり暮らしという一見孤独で寂しい環境をどう生きるかは、過去からのストレスフル・ライフイベントといかにつきあってきたかに依存するのではないだろうか。そこで本稿では、ひとり暮らし高齢者の生活が、後述する「心理学的弾性（概念）」によって支えられているという仮説を立て、ひとり暮らし高齢者における心理学的弾性が涵養されるプロセスに着目した支援・研究の重要性について述べる。

5.1 心理学的弾性とは何か

「心理学的弾性」は著者による造語であるが、後述する「レジリエンス（Resilience）」、「首尾一貫感覚：SOC（Sense of Coherence）」、「リカバリー（Recovery）」といった、「逆境や困難を通じて育まれる、また、それらに適応・克服するプロセスを含む、内的な力、しなやかさ」と定義することができる。以下、それぞれの概念について簡単に説明を加える。

5.2 レジリエンス

レジリエンスは、1980 年代から小児保健領域や精神科領域（児童虐待や心的外傷の研究等）で用いられるようになった概念である。レジリエンス概念の起源にはいくつかのものがあるが、その 1 つとして以下の研究を挙げることができる。Werner と Smith（1982）は、1955 年に出生した貧困、暴力、両親の病気などハイリスクな環境にある 698 人の子どものうち、約 3 分の 1 が能力のある、信頼できる、配慮のできる成人となったことを報告しており、この縦断研究が防御因子すなわちレジリエンス概念が生まれる基礎の 1 つとされている（加藤・八木、2009）。

レジリエンス概念について総括した庄司（2009）の秀逸な論文では、レジリエンスは「リスクや逆境にもかかわらず、よい社会適応をすること」という意味であり、「個人的、家庭的、社会的な諸要因」の「連続的な相互作用、つまり『過程』としてとらえるべきであると考えられるようになってきた」としている。さらに、「そのような要因の中で、自分あるいは自分の置かれた環境をどう捉えなおすか、自分の体験をどう捉えなおすか、つまり自己理解（self-understanding）は重要だろう」と述べている。

5.3 SOC

SOC は、疾病がいかんしてつくられるか（疾病生成論）ではなく、いかんして健康がつくられるか、すなわち健康生成論に着目した概念で、健康がつくられる源泉となるものが SOC（の汎抵抗資源）としている。SOC は、深刻な心的外傷（トラウマ）を体験しているであろう 51 人（重い身体障害、近親者の死亡、困難な経済状態、強制収容所留置など）へのインタビューによって、SOC が強い者と弱い者がおり、この両者では人生の見方が異なることを明らかにしている。SOC の提唱者であるアントノフスキー（2001）は、著書で以下のように SOC を定義している。

「首尾一貫感覚（SOC）とは、その人に浸みわたった、ダイナミックではあるが持続する確信の感覚によって表現される世界（生活世界）規模の志向性のことである。それは、第 1 に自分の内外で生じる環境刺激は、秩序づけられた、予測と説明が可能なものであるという確信、第 2 に、その刺激がもたらす要求に対応するための資源はいつでも得られるという確信、第 3 に、そうした要求は挑戦であり、心身を投入しかかわるに値するという確信からなる。」

5.4 リカバリー

リカバリー概念は 1980 年代における精神障害者のコンシューマー／サバイバー運動に由来している（Shepherd 他、2010）。リカバリーの概念について Anthony（1993）は以下のように述べている。

「リカバリーは十分に個人的で、人々の態度、価値、感情、ゴール、スキル、ルールを変える独特なプロセスである。それは、たとえ病気によって引き起こされる限界があっても、満足し、望みを持ち、人生を捧げる 1 つの方法である。リカバリーは、精神疾患の破滅的な影響を乗り越えて人々が成長するように、人々の人生における新しい意味と目的の創造を含んでいる。精神疾患からのリカバリーは病気それ自体からの回復以上のものを含んでいる。精神疾患を有する人は、彼らの存在そのものに伴うスティグマ、治療環境の病原論的な影響、自己決定の機会の欠如、失業のネガティブな影響、夢の破壊、などからも回復しないとはいえないかもしれない。リカバリーはしばしば複雑で、時間がかかるプロセスである。（著者翻訳）」

5.5 3つの心理学的弾性概念の共通点

「レジリエンス」、「SOC」、「リカバリー」の 3 つの心理学的弾性概念の定義と成り立ちについて簡単に述べたが、それぞれの概念の臨床的・学問的背景が異なるものの、その共通点を見出すことができる。第一に、いずれの概念も困難や逆境を体験するプロセス・過程を謳っていることが挙げられる。どの概念も個人の能力、力、特性を表す概念として位置づけることが可能だが、それだけではなくその力・能力が涵養されるプロセスを含んでいる概念である。心理学的弾性概念は、体験を通して学び、身につけられ、内面化され、それを資源としてさらなる体験に立ち向かっていくという、円環的な概念であるといえる。

第二に、これらの概念はエンパワメントの概念であるといえる。エンパワメントは一見するとエンパワーする援助者側から被援助者に向けられるまなざしを意味する概念と思われがちであるが、エンパワメントは当事者が失われている力を自分自身で取り戻していくプロセスであり、当事者側に焦点のある概念である。

5.6 心理学的弾性研究の課題・問題点

日本におけるレジリエンス研究は、幼児から大学生までを対象としたものが中心であり、高齢者のレジリエンスは十分に検討されているとはいえない（石原、2012）。SOC については、ストレス対処能力を測る概念として尺度化、汎用化された結果、思春期のストレス対処能力（山崎・戸ヶ里、2011）や産業保健領域での研究が多く認められている。また、リカバリー概念については精神障害者等の障

害者を中心にその概念が適用されており、高齢者にこれらの概念を適用した研究は、少なくとも国内ではほとんど認められない。

SOC 研究について、その形成過程を明らかにした研究は少ない (Lundberg, 1997、田中他、2010) といわれているように、これらの心理学的弾性が育まれる過程についてはよくわかっていない。SOC については、Antonovsky' s sense of coherence scale が開発されており (Eriksson & Lindström, 2005)、リカバリーについては、Recovery Assessment Scale (RAS) をはじめとして、複数の尺度が開発されている (千葉・宮本、2009)。また、レジリエンスについては、海外で開発された 15 もの尺度が確認されており (Windle 他、2011)、本邦でも対象者別のさまざまな尺度が開発されている。

これらの尺度を利用した研究は国内外で数多く行われているが、尺度を利用した研究でわかることは、集団において相対的に脆弱 (または頑強) である人が特定されたり (スクリーニング)、相対的に脆弱 (または頑強) な人の集団特性が明示されることである。このようなことを知ることは公衆衛生的には好ましいことかもしれない。しかし、このように尺度を利用した研究は、心理学的弾性が発見され重視されてきた過程やその意味に照らし合わせて考えると、決して有用なものではないと考えられる。第一に、心理学的弾性が涵養される過程は個人によって異なり、集団一律に測定することが困難であること。第二に、心理学的弾性はエンパワメントの内的なプロセスであり、そもそも相対的に高い (強い)、低い (弱い) ことを外部者が判断すべきような概念ではないこと、が挙げられる。Waller (2001)、庄司 (2009) がレジリエンス研究には自然観察あるいは参与観察、エスノグラフィックな研究が適していると述べているように、心理学的弾性概念は測定・比較のための概念ではなく、個人の支援に対して臨床的、実践的に活用、適用されることが望ましいと考える。

6. 今後の研究について：心理学的弾性概念を活用したひとり暮らし高齢者の支援を考える

高齢者の「ひとり暮らし」や「独居」が社会問題化しているが、それは高齢者自身にとっての問題なのであろうか。社会問題化されているのは、支援する側にとっての困難、困惑、葛藤といった問題ではないだろうか。ひとり暮らし高齢者の膨大な研究レビューと、自身の研究実践の成果を報告している河合 (2009) は、著書の中で援助やサービスを拒否する高齢者の存在を指摘する研究を紹介し、そのような孤立し潜在化している困難ケースの研究は現代の重要なテーマであると述べている。これは、支援しようとする側の支援と、支援を受ける側のニーズ (この二分法そのものが問題でもあるが) のミスマッチであり、支援する側が、「必要とされる支援とは何か」、「そもそも支援とは何か」を本質的に理解しなくては、支援はスタートしないことを示している。ペプローはひとり暮らし高齢者について、「『不遇』は社会心理的というよりはむしろ、経済的、社会学的なものかもしれない。(中略¹⁾つまり自宅に住み続けることを可能にさせてくれるような社会政策を最も喜ぶかもしれない。(中略)ひとりで暮らすことに十分価値を感じている」と述べている。高齢者のひとり暮らしの意味・価値は、支援する側が考えるよりも高齢者本人にとって価値のあることなのかもしれない。支援する側ができることは (その人にとっての生命・生活の質が壊滅的に損なわれない範囲で)、いかにひとり暮らしが維持され、それを支えることができるか、にすぎないかもしれない。

本研究で心理学的弾性概念を取り上げた理由は、ひとり暮らしという状況を生き抜く高齢者を支えている高齢者個人の歴史があり (たとえ支援する側から見てなんらかの支援が必要な状況だとしても)、それを理解し尊重することなく、支援するという立場に立つことは難しいのではないかと考えたからである。ひとり暮らし高齢者の支援を考えるうえで、そのひとのしなやかさ (心理学的弾性) とそれが作られてきた背景やプロセスを念頭ににおいた関わりが必要であると考え。

1 中略は本稿著者によるもの

また、Langeland ら (2006) は SOC の Randomized Control Trial の研究の中で、精神衛生上の問題を抱えつつ地域で暮らす人たちに、健康生成論の観点から 16 週（毎週 1 回 1.5 時間）にわたる会話治療グループを行っている。その結果、統制群との比較で SOC 得点および SOC の 1 構成要素である Manageability（処理可能感）得点の有意な上昇を認めた。高齢者に限定されない精神衛生上の問題を抱える人たちを対象とする研究が、ひとり暮らし高齢者の支援に必ずしも適用できるとはいえないが、心理学的弾性は高められるという示唆は重要である。エンカウンターグループやコミュニティビルディングの技法が SOC 形成には有効であるかもしれない。

引用文献

- Anthony, W. A. (1993). Recovery From Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2005). Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *Journal of epidemiology and community health*, 59(6), 460-466.
- Fukunaga, R., Yasuhisa, A., Youichi, N., Asuka, K., Noboru, F., & Manabu, I. (2012). Living alone is associated with depression among the elderly in a rural community in Japan. *Psychogeriatrics*, 12(3), 179-185.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of psychosomatic research*, 11(2), 213-218.
- Langeland, E., Riise, T., Hanestad, B. R., Nortvedt, M. W., Kristoffersen, K., Wahl, A. K. (2006). The effect of salutogenic treatment principles on coping with mental health problems A randomised controlled trial. *Patient education and counseling*, 62(2), 212-219.
- Lundberg, O. (1997). Childhood conditions, sense of coherence, social class and adult ill health: exploring their theoretical and empirical relations. *Social science & medicine*, 44(6), 821-831.
- Shepherd, G., 小川一夫, 長谷川憲一, 伊勢田堯. (2010). 英国における精神科医療改革の動向と精神医学：'リカバリー'の概念 精神保健サービスの構築と提供の意義. *臨床精神医学*, 39(2), 165-179.
- Windle, G., Bennett, K., & Noyes, J. (2011). A methodological review of resilience measurement scales. *Health and quality of life outcomes*, 9, 8-8.
- アントノフスキー, A. . (2001). 健康の謎を解く：ストレス対処と健康保持のメカニズム (山崎喜比古、吉井清子 (監訳)). 東京：有信堂高文社 .XIX.
- 千葉理恵, 宮本有紀. (2009). 精神疾患を有する人のリカバリーに関連する尺度の文献レビュー. *日本看護科学会誌*, 29(3), 85-91.
- 藤原佳典, 天野秀紀, 熊谷修, 吉田裕人, 藤田幸司, 内藤隆宏, 新開省二. (2006). 在宅自立高齢者の介護保険認定に関連する身体・心理的要因 3年4ヵ月間の追跡研究から. *日本公衆衛生雑誌*, 53(2), 77-91.
- 石原房子. (2012). 老人の力：レジリエンスの視点から. *老年社会科学*, 34(2), 153-153.
- 栢勇三郎, 川口淳, 酒井太一, 河原田康貴, 兒玉尚子, 藤知子. (2011). 高齢者の閉じこもりに関連する要因の分析. *久留米医学会雑誌*, 74(6-7), 163-171.

- 加藤敏, 八木剛平. (2009). レジリエンス: 現代精神医学の新しいパラダイム. pp.6-12.
- 河合克義. (2009). 大都市のひとり暮らし高齢者と社会的孤立. 京都: 法律文化社. pp.61-67.
- 木村裕美, 神崎匠世. (2013). 在宅後期高齢者のうつ傾向に関連する研究. 日本農村医学会雑誌, 61(6), 915-924.
- 厚生労働省大臣官房統計情報部. (2012). グラフで見る世帯の状況: 国民生活基礎調査(平成22年)の結果から Retrieved 12/26, 2013, from www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/20-21-01.pdf
- 厚生労働省大臣官房統計情報部社会統計課国民生活基礎調査室. (2011, 2011/7/12). 平成22年国民生活基礎調査の概況 Retrieved 12/18, 2013, from <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa10/1-2.html>
- 国立社会保障・人口問題研究所. (2013). 人口統計資料集 2013年版 Retrieved 12/26, 2013, from <http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/Popular/Popular2013.asp?chap=0>
- 宮原洋八. (2012). 地域高齢者における閉じこもりとライフスタイルとの関連. ヘルスプロモーション理学療法研究, 2(2), 53-57.
- 内閣府. (2013). 平成25年版高齢白書. 東京. pp.2-3.
- 内閣府自殺対策推進室. (2013, 2013/3/14). 平成24年中における自殺の概況 Retrieved 12/18, 2013, from <http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/toukei/pdf/h24joukyou/gaikyou.pdf>
- ペプロー, L. A. (1988). 孤独感の心理学 (加藤義明 (監訳)). 東京: 誠信書房. pp.202-229
- 庄司順一. (2009). リジリエンスについて. 人間福祉学研究, 2(1), 35-47.
- 田中小百合, 榎本妙子, 堀井節子, 三橋美和, 徳重あつ子, 福本恵. (2010). 地域住民の健康保持能力(SOC)の強化に関する縦断的検討. 日本看護研究学会雑誌, 33(5), 75-82.
- 山崎喜比古, 戸ヶ里泰典 (編). (2011). 思春期のストレス対処力 SOC: 親子・追跡調査と提言. 東京: 有信堂高文社.
- 山崎幸子, 橋本美芽, 蘭牟田洋美, 繁田雅弘, 芳賀博, 安村誠司. (2008). 都市部在住高齢者における閉じこもりの出現率および住環境を主とした関連要因. 老年社会科学, 30(1), 58-68.
- 山縣恵美, 山田陽介, 杉原百合子, 小松光代, 木村みさか, 岡山寧子. (2013). 地域在住の自立高齢女性における体力と抑うつ状態との関連. 日本公衆衛生雑誌, 60(4), 231-240.